

ACCORDO AZIENDALE per l'anno 2012

tra l'AZIENDA SANITARIA LOCALE della provincia di BERGAMO
e le ORGANIZZAZIONI SINDACALI MEDICHE per la Medicina Generale

in applicazione D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2011

Vista la D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2011, che approva la pre-intesa per l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Assistenza Primaria (MAP) siglata tra la Delegazione trattante di parte Pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. Regionali dei MAP (ad esclusione di SNAMI) in data 5 ottobre 2011, parte integrante e sostanziale della D.G.R.;

Stante la necessità di dare concreta ed estesa implementazione all'AIR per l'anno 2012;

Vista la D.G.R. n. IX/2633 del 06/12/2011 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012" e gli obiettivi da questa discendenti per l'area delle Cure Primarie;

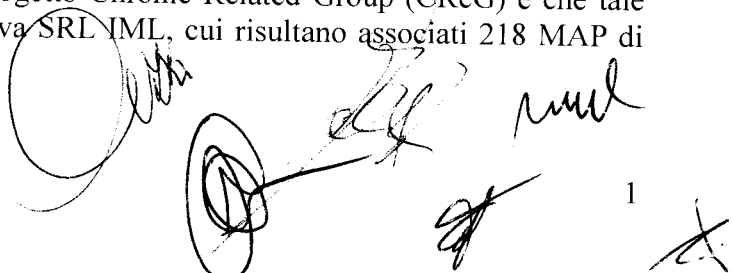
Considerato che, tra gli altri, è obiettivo aziendale il mantenimento del trend di appropriatezza nell'utilizzo di tali farmaci e l'incremento della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto;

Preso atto che il Codice Deontologico, approvato nel dicembre 2006, all'articolo 13, "*Prescrizione e trattamento terapeutico*", precisa che: "*.....(omissis) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.....(omissis)*";

Affermato che si condivide nel merito la considerazione secondo cui, in presenza di studi che dimostrino parità di indicazioni cliniche, efficacia, tollerabilità e garanzia di compliance di farmaci a brevetto scaduto rispetto a farmaci coperti da brevetto, la prescrizione del farmaco a minor prezzo costituisce espressione di comportamento etico;

Richiamati gli Accordi ed i Progetti di Governo Clinico ed innovativi assegnati da Regione Lombardia al Dipartimento Cure Primarie di questa ASL da realizzare con il concorso dei Medici di Assistenza Primaria;

Richiamato che con la D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010 "Regole 2011" questa ASL è stata individuata tra le AA.SS.LL. in cui attivare il progetto Chronic Related Group (CRG) e che tale progetto è stato assegnato alla Società Cooperativa SRL IML, cui risultano associati 218 MAP di questa provincia;



Preso atto che tale progetto – su indicazione della Direzione Generale Sanità Regione Lombardia - ha preso avvio in data 14 dicembre 2011 e che di tale sperimentazione risulta necessario tener conto nell'ambito della definizione dell'Accordo di Governo Clinico 2012;

Richiamato altresì l'Accordo Aziendale siglato il 16 agosto 2004, con particolare riguardo alla formazione continua nelle Cure Primarie ed all'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici;

Considerato opportuno dare continuità ai progetti di governo clinico intrapresi negli anni precedenti al fine di non generare soluzioni di continuità nell'assistenza ai pazienti assistiti dai Medici di Assistenza Primaria e mantenere il livello di appropriatezza raggiunto nell'accesso alla Specialistica Ambulatoriale da parte di tali pazienti;

Considerato, altresì, che l'AIR prevede al punto 1 – Sistema CRS SISS – che, ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009, i medici convenzionati si impegnano a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR;

Preso atto che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia;

si concordano

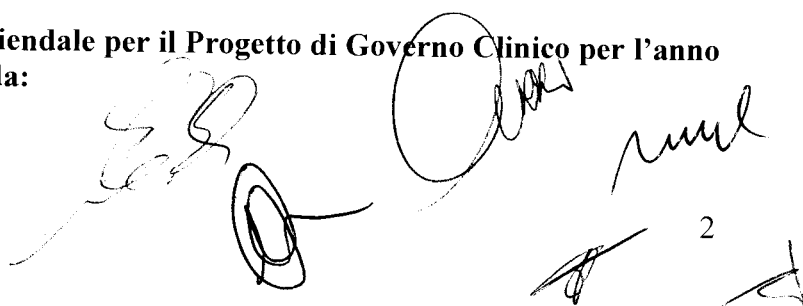
gli obiettivi che i Medici di Assistenza Primaria si impegnano a perseguire nel 2012 in un quadro di Sistema dell'Assistenza Sanitaria da garantire ai Cittadini della provincia di Bergamo:

- garantire un'assistenza sanitaria integrata con gli altri Professionisti della Sanità della provincia di Bergamo ed in concorso con il Settore Socio-Sanitario;
- prevenire e gestire le principali patologie croniche a rilevante impatto per la salute della popolazione, che incidono in modo significativo come prevalenza in provincia di Bergamo ed in Regione Lombardia, con particolare attenzione alle patologie Neoplastiche, CardioCerebroVascolari, Dismetaboliche ed Epatiche;
- dare continuità ai progetti innovativi regionali realizzati negli anni precedenti in concorso con i Medici di Cure Primarie;
- impegnare i Medici di Assistenza Primaria – a parità di indicazioni cliniche, efficacia, tollerabilità e garanzia di compliance - a privilegiare la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto in luogo di quelli coperti da brevetto, in particolare appartenenti agli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi) in coerenza con l'utilizzo appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e con il mantenimento dell'equilibrio del Sistema Sanità.

Con il presente atto,

SI CONVIENE

di procedere alla stipula dell'Accordo Aziendale per il Progetto di Governo Clinico per l'anno 2012, in applicazione di quanto previsto da:



2

- dall'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) 2011-2012, parte integrante della D.G.R. n. IX/2382 del 20 ottobre 2011;
- le indicazioni derivanti dalla D.G.R. n. IX/2633 del 06/12/2011;

relativamente a:

- A) Azioni di Miglioramento del Sistema – “Presenza in carico del Paziente cronico”, i cui contenuti saranno sviluppati secondo quanto previsto dall'Allegato 1, parte integrante del presente Accordo;
- B) Impegno da parte dei Medici di Assistenza Primaria a prevenire e contrastare l'abitudine al fumo nei propri assistiti, partecipando al “Progetto per la prevenzione e la cessazione dell'abitudine al fumo” di cui all'Allegato 2, parte integrante del presente accordo, secondo le modalità ivi previste ed in integrazione con la “rete” di offerta di Servizi di Smoking Cessation.

Considerato che i Medici Convenzionati:

- hanno l'obbligo di aderire al Progetto CRS-SISS, sancito dall'art.1 della Legge Regionale n. 18 del 31 luglio 2007 che ha introdotto l'obbligatorietà all'adesione e all'utilizzo del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) da parte di tutti gli operatori della Sanità;
 - in base alla pre-intesa all'AIR 2011-2012 che prevede al punto 1 – Sistema CRS SISS – ai sensi del comma 3 dell'art. 59 bis dell'ACN 29 luglio 2009 – si sono impegnati a trasmettere il flusso informativo di cui ai commi 1 e 2 dello stesso articolo tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR;
- i dati relativi ai progetti qui contemplati saranno trasmessi tramite gli specifici applicativi messi a disposizione dall'ASL.**

I compensi saranno così regolati:

- **per gli obiettivi previsti all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del presente Accordo, il compenso previsto dal comma 15 della lett. B) art. 59 dell'ACN – pari a € 3,08/Assistito/anno - sarà erogato ai MAP aderenti all'Accordo nella misura e nei tempi indicati da Regione Lombardia.**

- **Le adesioni al progetto di governo clinico dovranno pervenire entro il 29 febbraio 2012. Non saranno accettate adesioni successive alla data di scadenza. Non possono aderire all'Accordo Aziendale i Medici con incarico provvisorio.**

- **La “partecipazione” al Progetto di Governo Clinico sarà documentata dall'invio della scheda indicatori relativa al “PDT diabete” per il periodo 1° Gennaio 2012 – 30 giugno 2012 (allegato D1) completa della voce “obbligatoria” ivi prevista (elenco pazienti) e dalla partecipazione nel I° semestre 2012 all'evento formativo previsto dal “Progetto Fumo” di cui all'allegato 2. Verranno fornite possibilità di recupero della partecipazione all'evento: quanti fossero impossibilitati a partecipare nella data prevista, potranno partecipare all'evento organizzato in data diversa c/o un'altra sede distrettuale. L'acconto eventualmente già erogato per l'adesione e partecipazione sarà recuperato in assenza della trasmissione della scheda indicatori All. D1 e della mancata partecipazione all'evento formativo sul fumo.**

- **La data di rendicontazione per il PDT Diabete è fissata al 18 luglio 2012. Non saranno accettate rendicontazioni successive alla data del 15 settembre 2012. La**

18

valutazione della partecipazione all'evento formativo sul fumo sarà direttamente valutata dall'ASL.

• Il saldo sarà erogato al raggiungimento dei risultati previsti dai seguenti obiettivi:

- **Progetto “Presa in carico del Paziente cronico”**, di cui all'All.1: rispetto delle condizioni previste per il progetto “Gestione integrata del Paziente con Diabete”. La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo individuale di cui all'Allegato 1 – ai fini dell'attribuzione delle incentivazioni - sarà documentata dalla trasmissione della “scheda indicatori”, per le voci definite come “obbligatorie”, prevista entro il 18/01/2013 (allegato D2). Al fine di garantire l'erogazione del saldo, per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni successive.

La mancata trasmissione della “scheda indicatori” - allegato D.2 al PDT “Gestione Integrata del Paziente con Diabete” - completa delle voci “obbligatorie” ivi previste comporterà la mancata corresponsione o (qualora già erogata) il recupero della quota erogata a titolo di saldo.

- **“Progetto per la prevenzione e la cessazione dell'abitudine al fumo”**, di cui all'All.2: rispetto delle condizioni previste dal progetto. La verifica finale del raggiungimento dell'obiettivo individuale – ai fini dell'attribuzione delle incentivazioni – sarà effettuata sul numero di trasmissioni mensili della “scheda indicatori” compilata nella parte obbligatoria (all. D) effettuate da luglio a dicembre 2012 (n° schede trasmesse valide ai fini del raggiungimento dell'obiettivo = 6)

Anche per questo obiettivo si conferma che verrà recuperato l'acconto in caso di mancata partecipazione all'evento formativo.

La rendicontazione completa della scheda indicatori, compilata nelle parti non obbligatorie ai fini del presente Accordo, sarà oggetto - unitamente a ulteriori integrazioni operative - di un progetto avanzato di disassuefazione, che sarà specificamente incentivato e sarà oggetto di ulteriore Accordo Aziendale.

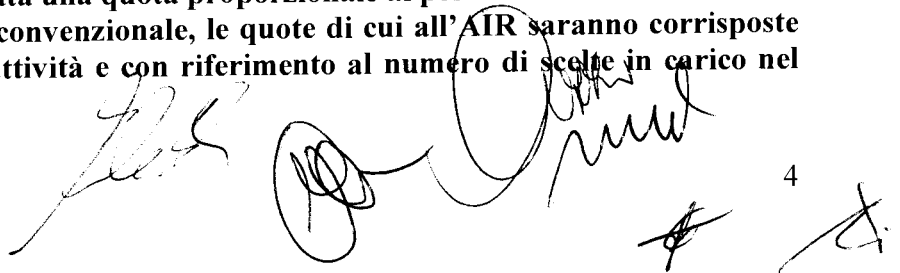
Si precisa che per i MAP aderenti al progetto CReG gli indicatori per la documentazione sia della partecipazione sia del raggiungimento degli obiettivi per entrambi i progetti previsti come governo clinico saranno definiti in seguito, in funzione della specificità del progetto e dei pazienti arruolati. Considerato l'impegno anche in termini di debito informativo verso il Provider, per i MAP aderenti al CReG il ritorno informativo verrà definito globalmente con il Provider stesso utilizzando i dati di merito ricompresi nella sperimentazione. I Medici aderenti al progetto CREG non dovranno pertanto procedere alle rendicontazioni individuali previste.

L'adesione dovrà comunque essere formalmente effettuata.

Qualora un Medico aderente al progetto CREG dovesse ritirarsi dallo stesso dovrà rispettare - in rapporto al periodo di riferimento - gli stessi requisiti previsti per i MAP non partecipanti al CREG.

Per i Medici che si inseriranno dopo la scadenza fissata sarà accettata l'adesione entro un mese dall'inserimento e sarà liquidata una quota proporzionale al periodo di Servizio.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale, le quote di cui all'AIR saranno corrisposte limitatamente ai mesi di effettiva attività e con riferimento al numero di scelte in carico nel



4

mese precedente la cessazione, purchè siano stati conferiti i dati previsti dalle due schede indicatori per il periodo di pertinenza.

Qualora l'incarico convenzionale dovesse cessare prima della tenuta dell'evento formativo previsto dal "Progetto Fumo" non è previsto alcun debito formativo da parte del MAP; diversamente, dovranno essere conferite le schede indicatori rapportate alla data di cessazione.

Si conviene altresì:

- che al fine di ottemperare per il 2012 all'obbligo previsto per le Forme Associative le linee-guida/PDT proposte sono quelle indicate nell'All. 3;
- sulla prosecuzione del progetto di adesione su base volontaria al Percorso Diagnostico-Terapeutico "Gestione dei pazienti con Epatopatia Cronica" come da All.4.;
- sul proseguimento del Progetto "Gestione del Paziente con Scompensazione Cardiaca" (All. 5) su adesione volontaria.
- ◆ In applicazione alle indicazioni regionali di cui alla nota R.L. prot. n. H1.2009.0038736 del 4 novembre 2009 – "Indicazioni relative all'attuazione dell'AIR 2009-2010" - **la quota parte del fondo aziendale di Governo Clinico eventualmente non distribuita** per il mancato raggiungimento degli obiettivi e/o per la mancata adesione al Governo Clinico da parte di alcuni professionisti sarà utilizzata nell'ambito della Medicina Generale per progetti aggiuntivi che verranno ridiscussi e concordati in sede di Comitato Aziendale.
- ◆ Valutato che quanto sottoscritto è coerente sia con l'Accordo Integrativo Regionale 2011 – 2012 sia con gli obiettivi per il 2012 definiti nella D.G.R. n. IX/2633 del 06/12/2011 "Regole di Sistema 2012", si concorda che il presente Accordo Aziendale sarà oggetto di validazione regionale ed oggetto di rinegoziazione o di revisione a seguito, rispettivamente, di mancata validazione regionale o di osservazioni per un allineamento a quanto previsto e richiesto dal Direttore Generale Sanità Regione Lombardia.

Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo, 26/01/2012

PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Giorgio Barbaglio

Per l'ASL della Provincia di Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
Dr. ssa Mara Azzi

Per F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
dott. Guido Marzoni

Per SMI
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
Dott. Marcello Brambilla

Per Intesa Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE SIMET
Dott. Giancarlo Testaquadra

Per presa visione
S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo
IL PRESIDENTE
Dott. Marco Agazzi

**PRESA in CARICO dei PAZIENTI
SECONDO PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDT)**

Progetto “La gestione integrata del paziente con diabete – un modello di assistenza per l’appropriatezza delle cure e dell’utilizzo delle risorse del SSR”

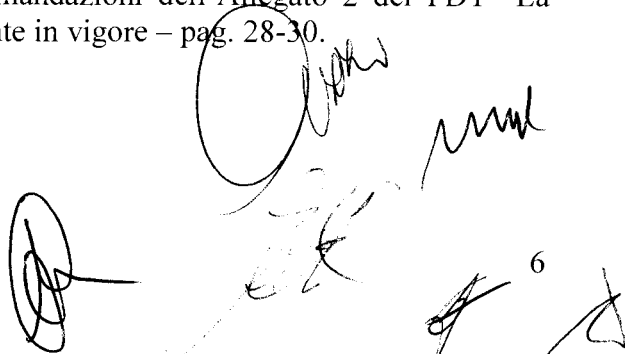
Visti i positivi risultati nei confronti degli Assistiti, nell’utilizzo appropriato delle risorse del SSR e nel riposizionamento delle prestazioni al livello di erogazione appropriato, il progetto viene confermato anche per l’anno 2012 e valorizza le azioni già poste in essere dai MAP della provincia di Bergamo nell’ambito dei progetti di governo clinico degli anni precedenti, che prevedevano la gestione integrata del paziente con diabete secondo il PDT concordato tra MAP e Specialisti diabetologi (link).

I MAP partecipano al presente progetto effettuando le seguenti attività, compatibilmente con il quadro clinico e la compliance degli assistiti:

1. adesione al PDT “Gestione integrata del Paziente con Diabete”, che si svilupperà secondo la procedura concordata con gli Specialisti di tutte le Strutture Accreditate Pubbliche e Private della provincia di Bergamo - già in uso dal 2007 - così come revisionato nel 2010 e oggetto di ulteriore revisione nel 2012;
2. presa in carico effettiva ed attiva, secondo quanto definito nel PDT, di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che hanno dato il consenso;
3. gestione del Paziente secondo quanto previsto nel PDT “Gestione integrata del Paziente con diabete”;
4. prosecuzione del processo di valorizzazione dell’Infermiere di Studio nella gestione del Paziente con diabete. A tale scopo gli Infermieri di studio dei MAP potranno anche per il 2012 partecipare agli audit clinici con i Medici presso cui prestano la loro attività, che saranno documentati dalla trasmissione all’ASL delle “Schede Indicatori” all. D3A e D3B entro il 18/07/2012 e il 18/01/2013. Tale formazione sarà accreditata ECM/CPD;
5. prevenzione ed educazione del paziente con diabete mediante la consegna del materiale educativo su “autogestione della malattia”, “attività fisica” e “dieta”, previsto dal PDT;
6. attenzione alla prevenzione e diagnosi del diabete gestazionale, mediante lo screening del diabete in gravidanza da attuarsi secondo le raccomandazioni dell’Allegato 2 del PDT “La gestione integrata del paziente con diabete” attualmente in vigore – pag. 28-30.

Valutazione degli obiettivi

Gli obiettivi previsti si riterranno raggiunti a fronte di:



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature in the center, and several initials on the right, one of which is a circled '6'.

- presa in carico effettiva ed attiva di tutti i Pazienti con diabete tipo 2 in buon compenso metabolico non complicati segnalati dal Diabetologo come idonei alla “gestione integrata” che condivideranno con il MAP la proposta del Diabetologo: sarà valutata la corrispondenza tra il Codice Fiscale del Paziente segnalato dal Diabetologo e quello segnalato dal MAP, previo consenso del Paziente già acquisito o da acquisire per i non esenti, anche ai fini di verificare la compliance dei Pazienti a questa modalità di gestione della loro patologia;
- al fine di consentire ai MAP un adeguato e attivo monitoraggio dell’adesione dei propri pazienti al percorso di gestione integrata, il Dipartimento Cure Primarie invierà al MAP entro il mese di marzo un tabulato contenente:
 - l’elenco dei pazienti che il MAP considera in gestione integrata, ma non sono considerati tali dal Diabetologo dell’Unità Operativa Diabetologica (UOD) di riferimento;
 - l’elenco dei pazienti considerati in gestione integrata dal Diabetologo dell’UOD di riferimento ma non riconosciuti tali dal MAP;
 - l’elenco dei pazienti riconosciuti in gestione integrata da entrambi i professionisti;
- in base a tale elenco il MAP potrà verificare se tutti i propri pazienti passati dalle UOD alla gestione integrata sono stati effettivamente da lui presi in carico. In caso di mancato consenso da parte del paziente alla gestione integrata proposta dall’UOD, il MAP proporrà al paziente la possibilità di rinvio all’UOD;
- se nell’elenco sono presenti nominativi di pazienti segnalati dai MAP in gestione integrata, ma non riconosciuti tali dai Diabetologi, l’impegno richiesto ai MAP consiste nel continuare a seguire tali pazienti secondo le indicazioni del PDT ed il follow up clinico e strumentale ivi descritto;
- per i pazienti in gestione integrata l’ASL effettuerà tramite la Banca Dati Assistito (BDA) la valutazione della compliance del paziente agli step previsti dal PDT;
- trasmissione delle “schede indicatori” complete di tutte le voci con l’indicazione di “obbligatorio” ai tempi previsti. Schede non complete e/o consegnate in ritardo non saranno ritenute valide per il raggiungimento degli obiettivi;
- l’indicatore semestrale “Elenco dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato” deve essere trasmesso via SISS, completo dei campi contenenti i codici fiscali e sanitari degli assistiti in gestione integrata, nonché l’UOD di riferimento e la data d’inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011;
- trasmissione delle “schede indicatori” esclusivamente tramite SISS mediante l’applicativo predisposto dall’ASL e già in uso.

I periodi di rilevazione dei dati e le relative date di trasmissione all’ASL sono così fissati:

- *1 gennaio 2012 – 30 giugno 2012, con inoltro entro il 18/7/2012 e comunque non oltre il 15/09/2012:*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale, l’UO Diabetologica

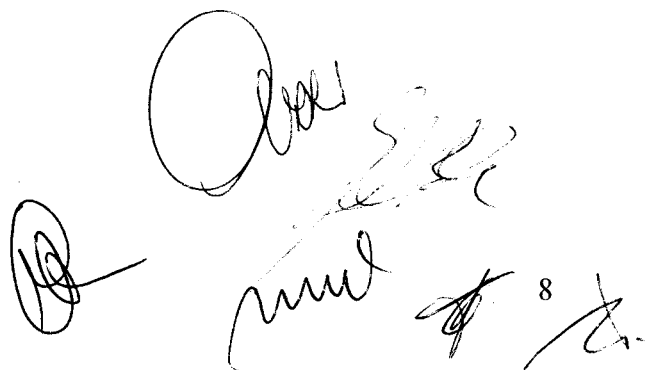
Handwritten signatures and initials, including a large circular stamp and several scribbled names, located at the bottom right of the page.

di riferimento e la data d'inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011) (obbligatorio)" (All. n. D.1);

- *1 luglio 2012 – 31 dicembre 2012, con inoltro entro il 18 gennaio 2013. Per nessun motivo saranno accettate rendicontazioni oltre il termine previsto:*

“elenco semestrale dei pazienti in gestione integrata che si sono presentati almeno una volta in studio per valutazione clinica nel periodo indicato (indicare il Codice Fiscale e Regionale, l'UO Diabetologia di riferimento, la data d'inizio per i pazienti posti in gestione integrata a partire dal 2011) (obbligatorio)" (All. n. D.2);

trasmissione annuale degli indicatori “obbligatori” della scheda indicatori di cui all'All. D.2

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are three distinct signatures: one on the left, one in the center, and one on the right. The rightmost signature includes a small number '8' and a date-like mark.

**PROGETTO di GOVERNO CLINICO
per la PREVENZIONE e la CESSAZIONE dell'ABITUDINE al FUMO**

Introduzione

In provincia di Bergamo i fumatori stimati in età dai 18 ai 65 anni sono oltre 200.000¹, mentre ogni anno sono circa 2.000² (25% del totale) i morti attribuibili a patologie da fumo.

La riduzione del fattore di rischio fumo è pertanto la principale priorità di prevenzione della ASL di Bergamo.

Dal punto di vista generale l'approccio ideale consiste nell'evitare che nuove persone inizino a fumare, anche se le strategie preventive purtroppo hanno una efficacia ed una copertura di popolazione limitata.

Per ridurre la prevalenza del fumo, la strategia alternativa alla prevenzione primaria è l'offerta di Servizi di cessazione nell'ambito dei Servizi Sanitari, che hanno efficacia dimostrata (seppur limitata al 3-20% sul singolo individuo), di grandissima importanza in Sanità Pubblica, proprio per il numero elevato di contatti della popolazione con il SSR.

La strategia di questo progetto consiste nel coinvolgimento degli operatori sanitari, in rete, in particolare i Medici di Assistenza Primaria (MAP), farmacisti ed operatori ASL dei Distretti e degli Ospedali e Strutture di cura, per offrire agli assistiti sistematicamente Servizi efficaci di Smoking Cessation (SC).

Fra questi, il minimal advice (5A), il counselling psicologico, l'offerta di materiale informativo, l'offerta di terapia di gruppo, la quitline telefonica, il programma SMSmetto ed il riferimento ai centri antifumo.

Tutti questi interventi hanno efficacia dimostrata, variabile dal 3% per il minimal advice ad oltre il 50% per la terapia di gruppo, oltretutto con grande probabilità ognuno di questi interventi può contribuire ad aumentare la motivazione del fumatore a smettere.

L'ASL di BERGAMO intende progressivamente e nel giro di 2-3 anni estendere la rete di offerta di smoking cessation a tutto il territorio provinciale creando una vera e propria "rete" conosciuta ed utilizzabile da parte di tutti gli operatori.

In questo contesto si sviluppa il progetto di governo clinico del paziente tabagista.

Obiettivi del progetto

Obiettivo generale

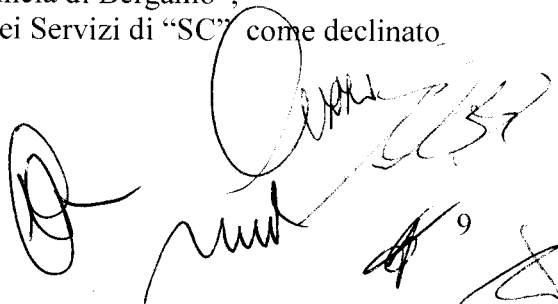
Entro fine 2013 tutti gli assistiti fumatori che sono entrati in contatto con i MAP avranno ricevuto un Servizio di smoking cessation come di seguito declinato.

Obiettivi intermedi

- Entro Giugno 2012 tutti i MAP che aderiscono al progetto "governo clinico del tabagismo" avranno usufruito di un corso di formazione accreditato ECM di una mattina sulla tematica: "L'offerta di rete per la Rete smoking cessation in provincia di Bergamo";
- Da luglio 2012 tutti i MAP forniranno ai loro pazienti dei Servizi di "SC" come declinato sotto.

¹ Studio PASSI anno 2010

² Registro di Mortalità ASL della Provincia di Bergamo



Metodologia

Il MAP - in collaborazione con la rete di offerta esistente ed in fase di sviluppo (farmacie ed ospedali) - offre ad ogni suo paziente fumatore un Servizio di Smoking Cessation che consisterà in:

➤ **Per tutti i pazienti fumatori:**

- Minimal Advice 2 A (ASK: chiedere se fuma - ADVICE: raccomandare di smettere) secondo le LG nazionali sulla cessazione al fumo di tabacco (all. A file Pdf);
- a discrezione del MAP compilazione del questionario di WEST - anche da parte dell'infermiere di studio - o proposta al paziente per la sua compilazione (all. B). Il questionario è disponibile sul sito dell'ASL (link sul questionario). Sul retro del questionario - che va consegnato al paziente - sono riportati i consigli utili in base alla sua classificazione WEST (dipendenza e motivazione);
- a discrezione del MAP, invito al paziente a partecipare al percorso SMSmetto in base alla sua situazione di fumatore (cfr. WEST), raccolta del consenso del paziente (all. C) ed inserimento del suo n° di cellulare nel portale ASL. In sede di formazione verrà illustrato il programma.

➤ **Nei casi necessari e dove esiste l'opportunità di rete il MAP potrà:**

- Prescrivere i farmaci opportuni (cerotti - vareniclina - bupropione)
- Indirizzare alla terapia di gruppo presso il Distretto
- Indirizzare al counselling psicologico individuale
- Prescrivere visita all'ambulatorio antifumo
- Misurare il livello di Monossido di Carbonio.

Valutazione del progetto

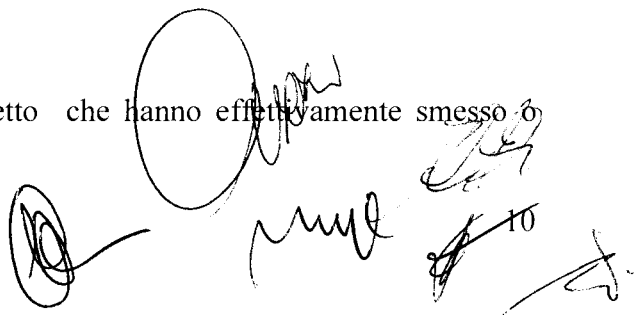
Il progetto sarà valutato mediante:

Indicatori di processo:

- 1- tasso di partecipazione agli eventi formativi (raccolto dall'ASL)
- 2- numero di minimal advice effettuati (raccolto dal MAP)
- 3- numero di questionari di WEST compilati (raccolto dal MAP)
- 4- numero di pazienti inseriti nel programma SMSmetto (raccolto dal MAP e dalla ASL)
- 5- numero di pazienti cui è stata prescritta terapia sostitutiva nicotinic (raccolto dal MAP)
- 6- numero di pazienti cui è stata prescritta terapia farmacologia specifica (raccolto dal MAP)

Indicatori di esito: (raccolto dalla ASL)

- Numero di fumatori aderente al programma SMSmetto che hanno effettivamente smesso o ridotto il fumo.

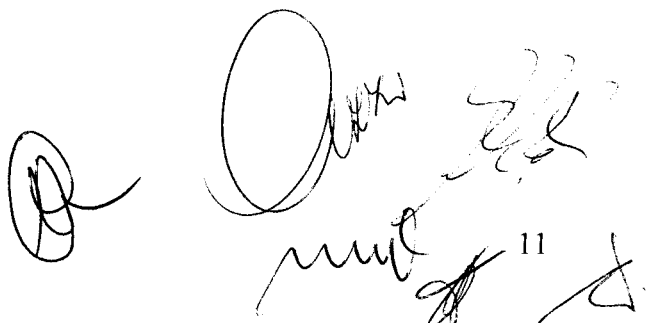


Raccolta indicatori

Il medico dovrà inserire sul sito fornito dal Servizio Promozione della Salute alla fine di ogni mese – da luglio a dicembre - la scheda raccolta dati che prevede i punti da 2 a 6 degli indicatori di processo (scheda in allegato D).

Al fine del riconoscimento delle quote economiche di Governo Clinico saranno considerati obbligatori:

- la partecipazione al corso di formazione;
- l'invio mensile della scheda indicatori con la compilazione obbligatoria del campo 1.



Handwritten signatures and initials, including a large circular mark and the number 11.

QUESTIONARIO DI WEST

misura la tua dipendenza*	misura la tua motivazione	verifica i tuoi risultati
<p>QUANTO TEMPO DOPO IL RISVEGLIO FUMI LA PRIMA SIGARETTA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • nei primi 5 minuti (3 punti) • da 6 a 30 minuti (2 punti) • da 31 a 60 minuti (1 punto) • più di 60 minuti (0 punti) <p>QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31 e più (3 punti) • da 21 a 30 (2 punti) • da 11 a 20 (1 punto) • meno di 10 (0 punti) <p><i>PUNTEGGIO GRADO DIPENDENZA:</i> 0-3 punti BASSA dipendenza 4-6 punti ALTA dipendenza</p> <p>*questo test misura il grado di dipendenza fisica dal tabacco. Risultati bassi non significano assenza di dipendenza dal fumo. A volte la quota di dipendenza psicologica rende molto difficile lo smettere anche in chi fuma poche sigarette.</p>	<p>TI PIACEREBBE SMETTERE DI FUMARE SE POTESSI RIUSCIRCI FACILMENTE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • no (0 punti) • sì (1 punto) <p>QUANTO TI INTERESSA SMETTERE DI FUMARE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • per niente (0 punti) • un pò (1 punto) • abbastanza (2 punti) • molto (3 punti) <p>INTENDI PROVARE A SMETTERE DI FUMARE NELLE PROSSIME DUE SETTIMANE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • sicuramente no (0 punti) • forse sì (1 punto) • sì (2 punti) • sicuramente sì (3 punti) <p>ESISTE LA POSSIBILITA' CHE, NEI PROSSIMI SEI MESI TU NON SIA PIU' UN FUMATORE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • sicuramente no (0 punti) • forse sì (1 punto) • sì (2 punti) • sicuramente sì (3 punti) <p><i>PUNTEGGIO GRADO MOTIVAZIONALE:</i> • 0-5 punti BASSA motivazione • 6-10 punti ALTA motivazione</p>	<div data-bbox="1037 470 1412 638"> <p>DIPENDENZA BASSA MOTIVAZIONE ALTA È la miglior combinazione se vuoi smettere. Provacì subito! Alutaci bevendo molta acqua, facendo un pò più di moto e mangiando più frutta e verdura. Se senti il bisogno di consigli aro aiuto chiama il Centro Cura del Tabagismo.</p> </div> <div data-bbox="1037 660 1412 828"> <p>DIPENDENZA ALTA MOTIVAZIONE ALTA Sei motivato a smettere e questo è importantissimo. Telefona subito al numero del Centro Cura del Tabagismo. Con un aiuto medico-psicologico puoi liberarti dalla dipendenza da tabacco.</p> </div> <div data-bbox="1037 851 1412 1019"> <p>DIPENDENZA BASSA MOTIVAZIONE BASSA Anche piccole dosi di fumo nuociono alla salute. Comunque il basso grado di dipendenza può favorire la disassuefazione dal fumo, vale la pena di tentare. Telefona al Centro Cura del Tabagismo.</p> </div> <div data-bbox="1037 1041 1412 1187"> <p>DIPENDENZA ALTA MOTIVAZIONE BASSA Rifletti sulla possibilità di smettere di fumare. Leggi attentamente i vantaggi dello smettere, e pensa ai guadagni per la tua salute, per la salute di chi vive con te e anche... per il tuo portafoglio!</p> </div>
<p>smetti di fumare... e vinci in salute !</p>		

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the right and several smaller ones below it, some with a date '12' and a checkmark.

Consenso SMSmetto



VOGLIO SMETTERE DI FUMARE

Le chiediamo il consenso perché l'ASL di Bergamo possa inviarle messaggi SMS per aiutarla a smettere di fumare.

Riceverà degli SMS per sostenerla e per chiederle se sarà riuscito a mantenersi non fumatore.

Garantiamo che il suo numero non verrà utilizzato per alcun altro scopo e che verrà gestito insieme ai raccolti (per motivi di ricerca) nel rispetto della normativa vigente in materia di riservatezza.

DO IL MIO CONSENSO

Il mio numero di cellulare è: _____

Età: _____ anni

Sesso: maschio

femmina

Data: _____ Firma: _____



Operatore:



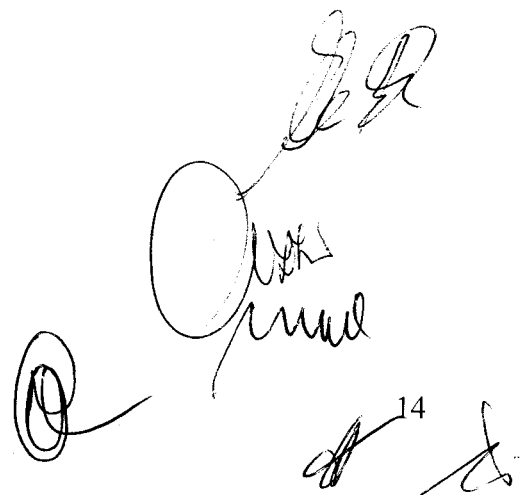
[Handwritten signatures and initials]

SCHEDA RACCOLTA INDICATORI MENSILE SUL SITO FORNITO DALL'ASL

Dal 1 luglio 2012 al 31 dicembre 2012

MEDICO _____ MESE _____ ANNO _____

	NUMERO
1) numero di minimal advice effettuati (<i>obbligatorio</i>)	
2) numero di questionari di West compilati	
3) numero di pazienti inseriti nel programma SMSmetto	
4) numero di pazienti a cui è stata prescritta terapia sostitutiva nicotinic	
5) numero di pazienti a cui è stata prescritta terapia farmacologia specifica	



Handwritten signatures and initials, including a large signature and a date '14'.

Linee Guida per le Forme Associative

Al fine di ottemperare all'obbligo previsto per le Forme Associative di aderire a linee-guida/PDT, per il 2012 i PDT proposti sono:

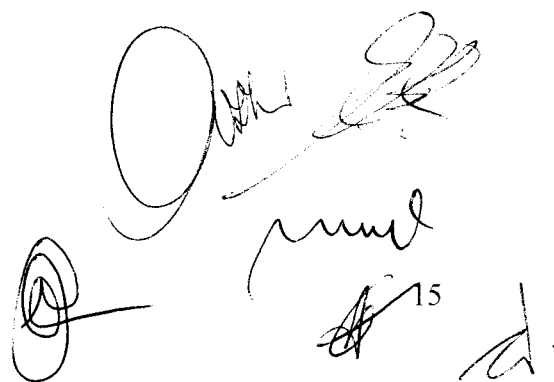
- "Gestione Integrata del Paziente con Diabete"
- "Diagnosi e Gestione dei Pazienti affetti da Epatopatia Cronica"
- "Gestione integrata del paziente con Scompenso Cardiaco".

Nella scheda di adesione all'Accordo Aziendale il Medico indicherà a quali dei tre PDT intende aderire: almeno due.

Per i Medici che partecipano al Progetto CReG non è richiesta la segnalazione delle L-G in quanto la gestione dei Pazienti secondo PDT è insita nel progetto stesso.

Gli stessi medici aderenti al CReG parteciperanno al processo di revisione ed aggiornamento dei PDT oggi in uso e li concorderanno con gli Specialisti in una logica di Sistema.

Qualora un Medico associato aderente al progetto CREG dovesse ritirarsi dallo stesso dovrà rispettare gli stessi requisiti previsti per le Forme Associative dei Medici non aderenti al CReG.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, a smaller signature, and the number 15.

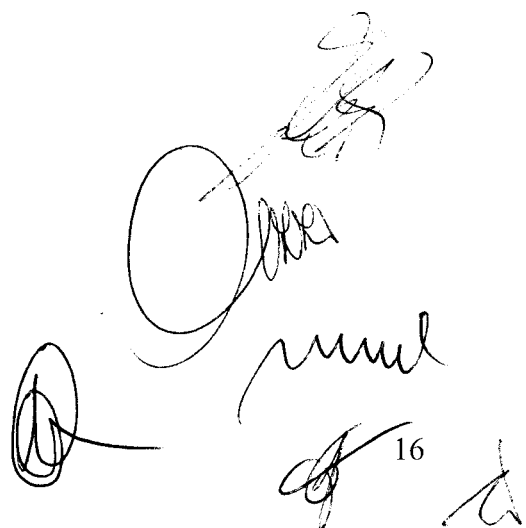
Percorso Diagnostico-Terapeutico “Gestione dei pazienti con Epatopatia Cronica”

Prosegue l'adesione al PDT “Gestione del Paziente con Epatopatia Cronica” che non risulta modificato rispetto al 2011 (link).

Prevede che i Medici adottino tale PDT per tutti i loro assistiti con sospetto di Epatopatia ed inviino la “scheda indicatori” (~~all. E~~ ~~all. E~~) previste dal PDT - tramite lo specifico applicativo già in uso - entro il 18 luglio 2012 e il 18 gennaio 2013.

Ai medici che aderiranno al PDT e trasmetteranno mediante lo specifico applicativo già in uso la “scheda indicatori” saranno attribuiti 20 crediti ECM/CPD per il riconoscimento come Formazione sul Campo – audit clinico

Il termine inderogabile fissato per il raggiungimento degli obiettivi che darà diritto al riconoscimento dei crediti è il 18 gennaio 2013.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large circular mark and the number 16.

Progetto “Gestione del Paziente con Scoppio Cardiaco”

Premesso che:

- la costituzione di un modello di “rete” per la gestione del paziente con Scoppio Cardiaco è obiettivo regionale;
- nel 2010 il Tavolo Tecnico Interaziendale costituito da Referenti della Medicina Generale e da tutti di Specialisti Cardiologi della provincia ha definito un Percorso Diagnostico Terapeutico per la “Gestione del Paziente con Scoppio Cardiaco”;
- tale PDT è stato approvato dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale in data 25/11/ 2010;
- per la sua disseminazione - come previsto nel Piano Formativo Aziendale 2011 – sono stati svolti eventi di formazione obbligatoria per tutti i Medici di Assistenza Primaria della provincia, parimenti approvati nel Comitato Aziendale per la Medicina Generale in data 25/11/2010;

**nell’ambito delle azioni di miglioramento della Qualità delle Cure Primarie si propone a tutti i Medici di Assistenza Primaria l’adesione a tale PDT (link) con la raccolta dei dati riferiti a tutti i pazienti scompensati assistiti dal MAP (indipendentemente da chi siano seguiti) e l’invio della “Scheda Indicatori” dallo stesso prevista (Appendice IV al PDT).
L’adesione è aperta a tutti i MAP, anche a quelli che non hanno aderito nel 2011.**

Tale progetto è inserito nella logica della formazione e miglioramento che prevede per il 2012 “formazione sul campo” sullo scoppio cardiaco e la verifica dei risultati in termine di variazione ricoveri da monitorare da parte dell’ASL tramite la BDA.

Il Progetto prevede di avere un gruppo di MAP partecipanti da raffrontare ad un gruppo di non partecipanti.

I partecipanti dovranno inviare la scheda indicatori 3 volte/anno con i dati:

- **Rilevazione al T1 (tempo uno): entro il 30 aprile 2012**
- **Rilevazione al T2 (tempo due): entro il 30 settembre 2012**
- **Rilevazione al T3 (tempo tre): entro il 31 dicembre 2012**

Riceveranno un feed-back sugli indicatori globali del gruppo di aderenti al progetto e, eventualmente, del loro andamento nel tempo (progetto di almeno due anni: basale, 1 e 2 anni).

La partecipazione al progetto è accreditata come Formazione sul Campo – Ricerca - e attribuisce 20 crediti formativi ECM/CPD.

